

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES RAPPORTS  
DE LA  
**TUBERCULOSE PULMONAIRE**  
ET DE LA  
**FIÈVRE TYPHOÏDE**

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 31 Mai 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**PAUL DODERO**

Né le 12 Juillet 1865, à Six-Fours (Var)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—  
Mai 1894



**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE**  
**DES RAPPORTS**  
DE LA  
**TUBERCULOSE PULMONAIRE**  
ET DE LA  
**FIÈVRE TYPHOÏDE**

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

**A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON**

**Et soutenue publiquement le 31 Mai 1894**

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**PAUL DODERO**

Né le 12 Juillet 1865, à Six-Fours (Var)



**LYON**

**ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE**

**4, RUE GENTIL, 4**

**Mai 1894**

# PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. . . . . Doyen.  
GAYET. . . . . Assesseur.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU.

## PROFESSEURS

|                                                          |                     |
|----------------------------------------------------------|---------------------|
| Cliniques médicales. . . . .                             | ( MM. LÉPINE.       |
|                                                          | BONDET.             |
| Cliniques chirurgicales. . . . .                         | ( OLLIER.           |
|                                                          | PONCET.             |
| Clinique obstétricale et Accouchements. . . . .          | FOCHIER.            |
| Clinique ophthalmologique. . . . .                       | GAYET.              |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . . | GAILLETON.          |
| Clinique des maladies mentales. . . . .                  | PIERRET.            |
| Physique médicale. . . . .                               | MONOYER.            |
| Chimie médicale et pharmaceutique. . . . .               | HUGOUNENQ           |
| Chimie organique et Toxicologie. . . . .                 | CAZENEUVE.          |
| Matière médicale et Botanique. . . . .                   | FLORENCE            |
| Zoologie et Anatomie comparée. . . . .                   | LORTET.             |
| Anatomie . . . . .                                       | TESTUT.             |
| Anatomie générale et Histologie. . . . .                 | RENAUT.             |
| Physiologie. . . . .                                     | MORAT.              |
| Pathologie interne. . . . .                              | TEISSIER.           |
| Pathologie externe. . . . .                              | BERNE.              |
| Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .           | MAYET.              |
| Anatomie pathologique. . . . .                           | TRIPPIER            |
| Médecine opératoire. . . . .                             | POLLOSSON (MAURICE) |
| Médecine expérimentale et comparée. . . . .              | ARLOING.            |
| Médecine légale. . . . .                                 | LACASSAGNE.         |
| Hygiène. . . . .                                         | ROLLET.             |
| Thérapeutique. . . . .                                   | SOULIER.            |
| Pharmacie. . . . .                                       | CROLAS.             |

## PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. . . . . LAROYENNE.

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants . . . . . MM. WEILL, agrégé.  
Accouchements. . . . . POLLOSSON (Aug.) —  
Botanique. . . . . BEAUVISAGE. —

## AGRÉGÉS

|                |                  |                  |                               |
|----------------|------------------|------------------|-------------------------------|
| MM. AUGAGNEUR. | MM. DIDELOT.     | MM. ROCHET.      | MM. VIALLETON.                |
| BEAUVISAGE.    | GANGOLPHE.       | RODET.           | WEILL.                        |
| CONDAMIN       | JABOULAY.        | ROLLET (ÉTIENNE) | BARRAL                        |
| COURMONT.      | LANNOIS.         | ROQUE.           | chargé des fonctions d'agrégé |
| DEROIDE.       | PERRET.          | ROUX.            | MOREAU, Id.                   |
| DEVIC          | POLLOSSON (Aug.) |                  |                               |

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. SOULIER, Président; M. MAYET, Assesseur; MM. WEILL et DEVIC Agrégés.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A MA FAMILLE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR BERGER

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE

A MES PREMIERS MAÎTRES

de l'Ecole de Médecine

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SOULIER

A MES MAÎTRES

de la Faculté de Médecine de Grenoble

## INTRODUCTION

---

« Nous n'avons jamais vu, disaient Rilliet et Barthez, dans leur *Traité des Maladies des Enfants*, la tuberculose succéder à la fièvre typhoïde, et il nous a semblé que la tuberculisation et l'affection typhoïde s'excluaient mutuellement. »

Cette doctrine de l'antagonisme, qui compta de nombreux et éminents défenseurs, parmi lesquels il faut citer Forget, Godelier, Thirial, Pidoux, C. Paul, Damaschino, G. de Mussy, et peut-être Villemin, fut développée par Revilliod, qui, dans sa thèse inaugurale (Paris 1865), l'énonçait en ces termes : « La fièvre thyphoïde ne se déclare que chez un sujet en bonne santé, ou, du moins, qui n'est pas sous le coup d'une tuberculisation *in actu*...

« Réciproquement, la fièvre typhoïde ne sera jamais une cause déterminante des tubercules ; loin d'activer,

elle tendra à ralentir la marche de ceux qui existent déjà, et à les faire passer à l'état crétacé. »]

L'idée doctrinale ainsi exprimée ne compte actuellement plus guère de partisans ; nombreux, trop nombreux et trop évidents sont les faits qui sont venus lui donner le démenti, vérifiant ainsi l'aphorisme de Dieulafoy : « la tuberculose est l'aboutissant de toutes les déchéances », et l'opinion qu'après des cliniciens illustres, qui s'appelaient Louis, Laennec, Leudet, Grisolle, Monneret, Andral, Murchison, Péter (th. d'agrégation 1866) résumait en ces termes :

« Parmi les affections aiguës, celles qui auront le plus d'action sur la diathèse tuberculeuse et la feront le plus sûrement se localiser sur les voies respiratoires, sont évidemment celles qui sont générales, puisqu'elles débilitent l'organisme, et surtout celles qui, outre qu'elles sont générales, portent plus spécialement leurs déterminations morbides sur les organes de la respiration. »

« La preuve de ce que je dis se trouve dans ce fait, que la tuberculisation succède assez souvent à la fièvre typhoïde, affection générale et déprimante. »

C'est à cette dernière opinion, généralement admise du reste aujourd'hui, que nous a amené l'étude de nos observations personnelles.

Ces faits sont la raison d'être de ce travail ; nous les apportons comme contribution à l'étude des rapports de la tuberculose et de la dothiéntérie, dans les influences

que peuvent exercer réciproquement l'une sur l'autre ces deux affections. Ils empruntent leur valeur à la haute autorité clinique et anatomo-pathologique qui s'attache au nom de M. le D<sup>r</sup> Bard, de la pratique hospitalière duquel ils proviennent. C'est dire qu'ils ont été rigoureusement et minutieusement observés.

Nous avons dit : observations; nous ne saurions en effet avoir la prétention de conclure, et devrons nous contenter d'apporter notre pierre à l'édifice commun. Bien que de réels progrès aient été certainement accomplis, cette question des influences morbides réciproques, pour avoir changé de nom et être devenue la question des associations microbiennes, n'en a pas moins conservé plus d'un point obscur.

A notre point de vue spécial, les difficultés dont elle est hérissée semblent avoir été engendrées, comme aussi la doctrine erronée de l'antagonisme absolu, dont nous nous occupons plus haut, par la multiplicité des cas dans lesquels une des deux affections avait simulé l'autre et donné le change à des observateurs des plus habiles. Le diagnostic posé, venait la vérification ; attendant l'une on trouvait l'autre : nous aurons l'occasion de constater ultérieurement que l'ère de ces surprises n'est pas close encore.

Quoi qu'il en soit, de telles erreurs ou difficultés de diagnostic entre deux affections, cliniquement analogues, mais anatomiquement isolées, encore que très réelles et

fort importantes, ne sauraient nous occuper, puisque notre sujet se limite à la coexistence réelle et anatomique des deux maladies.

D'autres difficultés diagnostiques nous attendent du reste, nous aurons occasion de le montrer, sans même sortir des cas où la coexistence paraît évidente.

De même, et pour la même raison, nous ne mentionnons que pour l'éliminer, le syndrome décrit par Landouzy sous le nom de *typho bacillose* (Semaine médic. 1891), dans lequel la dothiéntérie n'intervient qu'au point de vue diagnostique, contrairement à ce que pourrait laisser supposer la dénomination créée par l'auteur.

Ces éliminations faites, les cas qui peuvent se présenter pourraient se ranger sous trois chefs :

1° Fièvre typhoïde survenant chez des sujets en puissance de tuberculose.

2° Tuberculose se déclarant dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

3° Tuberculose et fièvre typhoïde évoluant simultanément chez un sujet indemne de lésions antérieures.

Or, il est une réserve que nous devons établir d'emblée : elle concerne les cas de tuberculose préexistante ayant passé inaperçue, mais qui, aggravée par la dothiéntérie, se révèle avec éclat au cours de cette dernière infection, et peut de la sorte en imposer pour une lésion neuve et créée de toutes pièces. A l'avis de M. Bard, et nous le partageons, ces cas sont les plus nombreux ; en

effet, l'incubation de la tuberculose est très longue, et il est à présumer que de faibles lésions torpides pourront aisément passer inaperçues, tandis que la scène est occupée et l'attention de l'observateur accaparée, par le cortège dothiéntérique.

Pour éviter cette grave cause d'erreur, nous réunirons dans le même cadre tous les cas de *tuberculose manifestée pendant la convalescence* de la fièvre typhoïde, quelle qu'en puisse être l'origine première; ce sera l'objet de notre premier chapitre.

La seconde partie sera consacrée à l'étude des faits où l'évolution des deux maladies a paru s'effectuer simultanément, comme par une véritable superposition; faits d'interprétation difficile, mal connus en raison de leur rareté, et où l'observation clinique seule, par conséquent, peut parler éloquemment.

C'est M. le Dr Bard qui a inspiré l'esprit de ce travail; c'est dans ses trésors de documents cliniques que nous avons pu, grâce à sa bienveillance, en puiser les matériaux. A ce maître en revient donc l'honneur, et nous sommes heureux de le lui rapporter, en y joignant l'expression de notre gratitude.

Que M. Dumarest, son interne, veuille bien croire aussi à notre reconnaissance pour la part qu'il a prise à la direction et à l'exécution de ce travail.

Un cher devoir nous reste à remplir, avant de quitter nos études pour aborder la pratique médicale. Si nous

avons pu accomplir heureusement la première étape de cette carrière, nous le devons en grande partie à un maître auquel notre reconnaissance et notre filiale affection ne feront jamais défaut. M. le D<sup>r</sup> Berger, directeur de l'École de médecine de Grenoble, dont nous avons éprouvé si souvent l'extrême bonté et la bienveillante sympathie, voudra bien agréer le modeste, mais sincère témoignage que nous sommes heureux de lui rendre ici.

Enfin nous prions M. le professeur Soulier de recevoir l'assurance de notre gratitude, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES RAPPORTS  
DE LA  
TUBERCULOSE PULMONAIRE  
ET DE LA  
FIÈVRE TYPHOÏDE

---

CHAPITRE PREMIER

**De la tuberculose préexistante ou survenant  
au cours de la convalescence  
dans la fièvre typhoïde.**

Nous n'avons pas à revenir sur le motif qui nous a décidé à rapprocher ces deux ordres de faits, à savoir la crainte de les confondre en prenant une aggravation pour un début. Du reste, que la déchéance résultant de l'infection typhique ouvre la porte à la bacillose, ou qu'elle favorise simplement la prospérité de colonies antérieurement installées, la manifestation clinique est la même : c'est l'invasion d'un nouvel état fébrile grave en pleine convalescence, simulant ici une rechute, ailleurs se traduisant plus ou moins nettement par les signes locaux ordinaires.

Ces réserves faites, il est néanmoins des cas, et nous en possédons personnellement, où l'existence de tuberculose

antérieure avait été établie, et nous verrons de quelle façon ils sont influencés le plus habituellement.

Cliniquement, la tuberculose pulmonaire survenant à titre de complication dans la dothiéntérie à son déclin constitue assurément le cas le plus commun et le plus anciennement observé, partant le mieux connu : Louis, dans son *Traité sur la fièvre typhoïde*, exprimait déjà cette pensée, que lui avaient suggérée plusieurs constatations nécropsiques, que « les granulations devaient s'être développées postérieurement au début de l'affection typhoïde, qui aurait été la cause excitante. » Laennec partageait cette opinion, et Leudet cita dans sa thèse le cas d'un malade chez qui la tuberculose s'était développée au déclin de la fièvre typhoïde.

Tout en faisant quelques restrictions sur la fréquence d'une telle complication, Grisolle, dans son *Traité de pathologie interne*, signale avec soin ce fait que la phtisie apparue dans de telles conditions, se fait remarquer toujours par une évolution rapide ; plus loin, il indique très bien que, souvent, les tubercules latents des poumons se démasquent à la suite de la dothiéntérie. « Combien ne voit-on pas, s'écrie de son côté Monneret, de malades devenus tuberculeux après la fièvre typhoïde ! Combien succombent, à une période avancée de cette maladie, avec les poumons remplis de tubercules aux différents degrés ! »

En 1856, Bartlett observait que la phtisie est une suite ordinaire de la fièvre typhoïde en Amérique. Plus récemment Gerhardt écrivait avec beaucoup de justesse (*Manuel des maladies des Enfants*: 1877.) : « La phtisie pulmonaire est très souvent observée à titre de maladie

consécutive ; il est bon de noter cependant que, la plupart du temps, ce sont des enfants déjà phtisiques, chez lesquels la fièvre typhoïde a imprimé une marche plus rapide à la maladie première. »

Actuellement, les observations abondent ; le D<sup>r</sup> Castex a produit six cas d'autopsie présentant les lésions anatomiques superposées. Le Covec, dans sa thèse (1878) en publie deux cas : Deux cas également, observés par M. Gaillard, interne de M. Hayem, sont relatés dans l'*Union médicale* (Sept. 1888), et enfin M. Bobinet a publié en 1888 un travail *sur quelques faits de tuberculose pulmonaire consécutive à la fièvre typhoïde*.

Tous ces faits, rapprochés de ceux qui nous sont personnels, nous aideront à établir certaines analogies d'où ressortiront quelques indications cliniques pronostiques.

Nous devons mentionner encore un travail récent de F. Heuschert (thèse de Berlin, 1892<sup>1</sup>), qui repose sur une série de cas, dont plusieurs de tuberculose miliaire aiguë vérifiée à l'autopsie, observés dans les lazarets militaires chez des prisonniers de guerre, français du reste, et qui est intéressant par ses conclusions.

Après avoir émis l'hypothèse que la tuberculose générale s'introduit dans l'organisme des typhiques par une porte d'entrée qui n'est autre que le tractus intestinal altéré, non sans avoir mentionné la part importante qu'il faut laisser à « une certaine prédisposition latente que favorise l'infection typhique », il conclut que les influences

<sup>1</sup> Fr. Heuschert, *Die Beziehungen des Typhus abdominalis zur Tuberculose*, Berlin 1892.

réiproques des deux affections sont diverses suivant les cas.

« Un malade, dit-il, atteint de tuberculose commençante avec un état général excellent, malgré des foyers locaux ou pulmonaires de bacillose guérie, ne se comporte pas vis-à-vis d'une infection typhique autrement qu'un homme sain. D'autre part, une disposition latente à la phthisie peut être éveillée par un typhus grave prolongé, consumant d'une façon extraordinaire les forces du malade, et conduire le patient à une fin rapide. C'est le cas observé par Mettenheimer et Birch-Hirschfeld dans le typhus des armées, qui, à cause de la dépression des forces dont il s'accompagne chez ceux qui en sont frappés, présente une grande tendance à s'allier avec la phthisie et à dégénérer en *phthisis florida* ou en tuberculose miliaire aiguë. »

Nos propres observations nous permettent de vérifier la justesse de ces remarques. C'est ainsi que, sur les trois cas de tuberculose conjonctive ancienne dont l'observation suit, une fièvre intercurrente n'a produit dans le premier, où les lésions étaient franchement scléreuses et vraisemblablement cicatricielles, aucune modification sensible, tandis que les deux autres sujets, porteurs de lésions faiblement progressives, et dont l'état général était moins bon, ont eu quelque peine à faire les frais de leur convalescence, mais y sont néanmoins parvenus.

OBSERVATION I

(N° 1727 de la collection de M. Bard.)

**Fièvre typhoïde** (38 bains). *Sclérose ancienne du sommet droit.*

X..., vingt ans, lingère, entre le 21 juillet 1891 dans le service de M. Bard, salle Sainte-Marie, n° 12.

Cette jeune fille se présente avec une température de 40°,2, elle accuse une céphalée très vive, elle est malade depuis le jeudi 16 juillet.

Pas d'antécédents familiaux : trois sœurs en bonne santé ; une autre, âgée de dix-neuf ans, tousse beaucoup, mais n'a jamais eu d'hémoptysie. Réglée à quinze ans, depuis régulièrement. Elle dit avoir eu à huit ans une fièvre muqueuse qui la força à s'aliter un mois, elle a toujours été chétive ; chloro-anémie il y a deux ans. Surmenage évident et alimentation défectueuse depuis un mois qu'elle habite la ville.

Début le 16 juillet par céphalée violente avec accablement : ni vomissements, ni épistaxis, nuits marquées par un peu de subdélire. A la suite d'un purgatif, diarrhée.

Actuellement prostration et abattement très marqués ; on note de la douleur et du gargouillement dans la fosse iliaque droite. Rate nettement hypertrophiée : la matité mesure 7 centimètres transversalement et 3 à 4 verticalement.

Le ventre est un peu ballonné.

Pas de taches rosées, mais nombreuses taches polymorphes (parasitaires ?)

Facies décoloré, attitude extatique : léger strabisme de l'œil droit. Pas de photophobie ni d'inégalité pupillaire.

Langue large, chargée d'un enduit saburral, portant l'empreinte des dents.

Rien à noter du côté du cœur ; pouls à 102, un peu faible, sans souffles.

*Aux poumons : à droite ; en arrière matité, résistance au doigt, exagération des vibrations tactiles : à l'auscultation retentissement exagéré de la voix : expiration nettement prolongée et un peu soufflante.*

En avant, il existe un certain degré de submatité : rien à l'auscultation.

*Sommet gauche* absolument normal.

La malade tousse peu et ne crache presque pas.

Les urines contiennent de l'albumine en quantité moyenne.

22 juillet. — La malade est dans un état d'hébétude incomplète qui n'est pas en rapport avec sa température modérée ; un peu de diarrhée : pas de météorisme ; gargouillement peu net. Langue étalée et sale.

Pas de taches rosées.

24 juillet. — La température cède facilement aux bains. Etat général stationnaire ; la diarrhée persiste, mais assez légère : on constate des taches rosées.

31 juillet. — La température s'est abaissée ; la constipation a succédé à la diarrhée ; l'abdomen est souple, non douloureux, sans gargouillements. Taches rosées rares. La langue s'effile et se dépouille. L'appétit renaît. On ne signale rien de particulier aux poumons.

De ce cas où aucune modification appréciable n'a été apportée à l'état des poumons par l'affection intercurrente, nous rapprocherons le suivant, dans lequel l'évolution de la dothiéntérie est accompagnée de quelques symptômes thoraciques, et paraît avoir influencé les lésions tuberculeuses, sans toutefois leur imprimer une aggravation rapide.

OBSERVATION II

(N° 1492 de la collection de M. Bard.)

**Fièvre typhoïde** (126 bains). *Suffocations et phénomènes thoraciques accusés. Sclérose tuberculeuse du sommet gauche.*

X..., vingt et un ans, lingère, entre le 23 juin 1890, salle Sainte-Marie, n° 14.

Mère morte tuberculeuse; la malade a toujours été un peu chétive; elle s'enrhume très facilement et tous les hivers, mais crache peu, et jamais rouge. Pas de scrofule dans l'enfance; scoliose congénitale droite.

L'affection actuelle remonte au 11 juin : elle a débuté par une diarrhée de deux jours, arrêtée par des remèdes : puis pendant deux ou trois jours, maux de tête; un peu de toux depuis, mais surtout des malaises vagues, de l'anorexie et une grande faiblesse; pas d'épistaxis. La malade boit l'eau d'une borne-fontaine.

A l'entrée, abattement extrême; pas de douleur abdominale; facies pâle, yeux brillants, pupilles égales. T. = 40°,4.

Au cœur, rien d'anormal; battements réguliers, de fréquence un peu augmentée.

A l'examen des poumons on note un peu de submatité et de résistance au doigt : à l'auscultation, en arrière, on entend dans toute la hauteur des deux poumons, mais surtout à gauche, un murmure respiratoire faible : inspiration accompagnée de sibilances mobiles, expiration un peu soufflante et prolongée; ni craquements ni râles. Les vibrations thoraciques et le retentissement de la voix haute sont un peu augmentés à gauche au sommet.

L'abdomen est légèrement ballonné, mais il n'y a pas de taches rosées ni de gargouillement. La fosse iliaque n'est pas douloureuse.

25 juin. — La température est celle d'une dothiéntérie; les bains ont été commencés hier à 11 heures du matin, bien que le

diagnostic soit encore incertain, et pris sans interruption depuis. Les abaissements sont très marqués.

L'abdomen est légèrement ballonné, et l'on constate aujourd'hui du clapotement dans la fosse iliaque droite. La rate, volumineuse, déborde les fausses côtes d'un travers de doigt. Pas de taches rosées.

La langue est effilée, rouge sur les bords. Pas de diarrhée.

27 juin. — La malade est prise à la sortie de ses bains, d'accès de suffocation durant une demi-heure environ, améliorés par l'application de papier moutarde. Toutefois un seul bain a été sauté pour cette raison.

28 juin. — Donnés précédemment à 22 degrés et de dix minutes, les bains ont été mis depuis hier à 25 degrés. Il ne s'est pas reproduit d'accès; la dyspnée est permanente, mais modérée; l'état général à peu près stationnaire; pas de taches rosées. Langue complètement dépouillée.

Pas de céphalée; pupilles égales.

Toux presque nulle; pas d'expectoration; dans toute l'étendue des deux poumons, râles sibilants nombreux, prédominants au sommet droit, sans râles fins; de temps en temps, un peu de diarrhée.

7 juillet. — Depuis trois jours, les suffocations ont reparu, surtout vespérales et entravent les bains. Pas de toux, dyspnée constante avec des paroxysmes. Respiration à 65, avec un pouls régulier à 148 et une température de 38 à 40 degrés oscillant en moyenne d'un degré du matin au soir.

Abdomen un peu ballonné, clapotement. Aux poumons, sibilances disséminées; sommet gauche toujours obscur et soufflant.

La langue reste humide, un peu effilée.

9 juillet. — Ce matin, par une température de 37°,5, la dyspnée était très accusée et il y avait 40 respirations à la minute.

16 juillet. — Bains suspendus à cause des suffocations. Etat général stationnaire, ainsi que les phénomènes thoraciques. Les urines ne contiennent pas d'albumine; légèrement troubles à l'émission, elles laissent un dépôt constitué par des débris granuleux, sans cylindres manifestes, mais non minéral.

23 juillet. — On tente sans succès de donner un nouveau bain que la dyspnée et la cyanose obligent à interrompre; on donne désormais des lavements froids, régulièrement toutes les trois heures.

25 juillet. — Température normale depuis trois jours; la toux a disparu, et l'état général s'est un peu amélioré; l'appétit s'est réveillé assez intense.

30 juillet. — La malade ne tousse plus, plus de sibilances à l'auscultation; la respiration est relativement obscure au sommet gauche et surtout en avant; inspirations toujours courtes et précipitées (40.)

20 août. — La température s'élève de nouveau; la malade transpire abondamment, mais ne tousse pas; elle a eu le 17 août un point de côté à gauche, qui a duré trois jours.

23 août. — Ce matin température 39°,2; à la base gauche, un peu de submatité, vibrations conservées; souffle aigu, superficiel, avec quelques râles sous-crépitants, inspiratoires, fugaces. Au sommet gauche en arrière, submatité.

25 août. — Le souffle a disparu; plus de râles.

7 septembre. — L'état s'est beaucoup amélioré; les hautes températures n'ont plus reparu, mais on a eu à diverses reprises des températures fébriles moyennes. Pas de toux; pas d'expectoration; appétit suffisant. Néanmoins l'état général est peu satisfaisant et l'anémie très accusée. Il n'y a plus de dyspnée au repos, mais l'oppression survient dans les mouvements; 30 respirations à la minute.

A l'examen du thorax, rien d'anormal à droite; à gauche, au sommet, obscurité manifeste en avant; quelques sibilances mobiles, sans changement notable dans la sonorité. En arrière, même obscurité et expiration prolongée légèrement soufflante.

Les faits analogues au précédent sont, semble-t-il, moins communs que ceux dans lesquels l'infection typhoïde s'implantant sur un terrain miné par la tuberculose, donne à cette dernière une impulsion rapide et trop souvent, définitive.

Il suffit pour cela que les lésions bacillaires soient, non pas cicatricielles, mais évolutives au moment où se surajoute l'infection secondaire; celle-ci domine la scène pendant sa période dramatique : vienne la convalescence, et la phtisie va reprendre la proie un moment accaparée par sa rivale.

C'est le cas suivant; et on y remarquera cette particularité, qui se retrouve dans la plupart des cas analogues, à savoir : la fièvre typhoïde n'accomplit pas sa défervescence et la tuberculose lui succède sans répit apyrétique; nous verrons que le même fait se reproduit chez les malades qui deviennent bacillaires au déclin de l'infection typhique.

#### OBSERVATION III

(N° 1382 de la collection de M. Bard.)

**Dothiéntérie.** — *Tuberculose pulmonaire antérieure ayant évolué rapidement dans la convalescence.*

X.... âgé de vingt ans, séminariste, entré le 18 février 1890. salle Saint-Pierre, n° 15, dans le service de M. le Dr Bard.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort à trente-neuf ans, probablement phtisique, avait eu de nombreuses hémoptysies : amaigrissement prononcé : durée de l'affection, deux ans environ. Il avait eu un frère mort également de tuberculose pulmonaire. Mère âgée de quarante-quatre ans, encore vivante, bien portante; un frère et deux sœurs encore vivants, bien portants.

*Antécédents personnels.* — Rougeole et petite vérole de la première enfance. Pas d'autres fièvres éruptives. Jamais d'attaques de rhumatisme articulaire aigu. Pas d'éruptions cutanées. Il a en somme toujours joui d'une excellente santé.

Les premiers symptômes de l'affection remontent à cinq semaines environ : à cette époque, le malade vit son appétit diminuer brusquement d'une façon notable : pas de vomissements, pas de toux, pas de diarrhée, en somme pas d'autre phénomène anormal qu'une soif intense et des transpirations nocturnes. Puis, au mois de janvier 1890, il eut l'influenza pendant cinq jours, ce qui exagéra de beaucoup l'inappétence et la fièvre. Un séjour de deux semaines à la campagne ramène un peu l'appétit et les forces. Mais dès sa rentrée à Lyon, il fut pris des mêmes malaises que précédemment, l'amaigrissement survint, une constipation opiniâtre s'établit. Jamais de crises diarrhéiques. Pas de toux. De plus, il ressent dans tout le membre inférieur droit des douleurs vagues existant non seulement dans les jointures, mais aussi dans la continuité des os. Il se sentait également faible et atteint d'une courbature généralisée. Toux légère avec expectoration muco-purulente. Il entre à Saint-Pothin.

C'est un jeune homme d'aspect légèrement anémique. L'embonpoint qui, auparavant, était au moins normal, est maintenant descendu au-dessous de la normale. La langue est sèche sur le milieu un peu saburrale sur les bords ; l'appétit est nul ; le malade ne boit qu'un peu de lait. La constipation persiste, quoique moins forte. A l'examen l'abdomen est moyennement dilaté : on constate du gargouillement et des borborygmes qui s'expliquent aisément par les nombreux purgatifs qu'a pris le malade ces jours derniers. Pas de taches rosées, sauf de petites plaques rosées grosses comme un grain de maïs, au nombre d'une douzaine, qui disparaissent par la pression. Raie méningée assez accusée, pas d'hyperesthésie cutanée nulle part ; le malade accuse des douleurs dans les muscles du mollet.

*Aux poumons.* — On trouve dans toute la hauteur, soit en avant soit en arrière, une respiration bruyante, mélangée de nombreux ronchus sonores et sibilants, qui sont aussi abondants et peut-être plus fixes aux deux sommets et surtout à droite qu'aux bases.

Pas de râles sous-crépitaux, pas de souffles ; de plus, à la partie interne de la fosse sus-épineuse, à droite, on note une certaine

diminution de la sonorité thoracique ; l'expectoration est peu abondante et constituée simplement par quelques crachats muco-purulents assez adhérents, visqueux.

*Au cœur.* — Rien à noter. Légère hypertrophie de la rate. Les urines contiennent beaucoup d'urates, mais peu d'albumine.

20 février 1890. — On constate une éruption très abondante de taches rosées assez rouges. Pas de gargouillement de la fosse iliaque. Rate augmentée de volume.

Etat typhoïde modéré.

27 février 1890. — La température étant peu élevée, et la maladie assez avancée, on s'est contenté de lavements froids.

Taches rosées encore assez apparentes. Il n'y a jamais eu de diarrhée ; langue dépouillée, presque uniformément rouge. Pas d'appétit, un peu de toux.

8 mars. — On constate actuellement un abcès gingival très volumineux qui paraît avoir débuté il y a deux jours ; l'ouverture donne issue à un pus louable.

Depuis le 1<sup>er</sup> mars, devant la persistance de la température, on s'est décidé à mettre le malade au bain. Les indications données précédemment étaient de commencer les bains dès que la température atteindrait 39 degrés.

Depuis ce moment, le malade a pris 3, 4 bains par jour, mais malgré cela la température reste à peu près stationnaire.

L'état général est d'ailleurs excellent.

Les taches rosées sont encore apparentes et très nombreuses.

L'abcès gingival s'est développé avec une très grande rapidité, deux jours au maximum : il formait une collection molle, bien limitée, sans empâtement périphérique, faisant saillie dans le creux gingivo-labial.

Douleurs dans les pieds qui ont débuté dès les premiers bains, mais sont plus accusées dès aujourd'hui.

L'appétit est vif.

13 mars 1890. — La température persiste, le malade prenant encore deux ou trois bains par jour.

Les douleurs des pieds sont extrêmement vives et lorsque le malade est debout, les pieds et la moitié inférieure des jambes

prennent une teinte violacée très accusée. L'appétit est vif, la langue est rouge et lisse.

Les taches rosées ont à peu près disparu. Ballonnement sans gargouillement de la région cœcale. Constipation opiniâtre malgré un lavement quotidien.

L'état général est excellent.

L'expectoration est muco-purulente, presque nummulaire.

Le malade dit qu'il est depuis longtemps sujet à tousser et à avoir des crachats épais. Jamais d'hémoptysies. En arrière la sonorité est très diminuée dans la fosse sous-épineuse droite; à ce niveau, la respiration est obscure, sans râles.

Rien d'anormal à gauche.

En avant: sonorité plus exagérée des deux côtés mais à l'auscultation, respiration humée et silencieuse, allant à droite jusqu'à l'obscurité accusée, sans râles. A gauche, quelques sibilances et quelques râles mobiles dans la fosse sous-claviculaire. La toux est d'ailleurs modérée, et les accidents de ce côté ne paraissent pas avoir été influencés.

Le 18 mars les bains ont été supprimés; depuis ce moment, la température du soir s'est graduellement élevée. Il n'y a pas de taches rosées. pas de diarrhée; les douleurs des pieds ont disparu.

La langue est dépouillée. L'état général est assez bon. La toux et l'expectoration restent stationnaires; pas de dyspnée pas de cyanose.

A l'examen du thorax on constate en arrière de l'obscurité aux deux sommets, sans râles.

En avant, la sonorité est diminuée à gauche et l'obscurité est plus marquée de ce côté, sans râles au-dessous de la clavicule. Dans la fosse sus-claviculaire on entend quelques râles légers et mobiles.

27 mars 1890. — Le malade se plaint de légères excoriations au niveau du grand trochanter.

29 mars 1890. — État stationnaire; température toujours fébrile le soir.

8 avril. — Le malade prend 50 centigrammes de quinine depuis

le 22; la température est toujours fébrile, mais avec une tendance à l'abaissement : l'état général est assez bon : la toux et l'expectoration ont diminué. Pas d'escarres, pas de taches rosées; depuis trois jours on a permis au malade un œuf et un peu de blanc de poulet.

3 mai. — Devant la persistance de la fièvre, l'augmentation de la toux et de l'expectoration muco-purulente, il devient bientôt évident qu'il ne s'agissait pas d'une récidive de fièvre typhoïde, mais bien d'une poussée tuberculeuse qui prenait une évolution rapide.

On permit aussitôt l'alimentation.

L'état général s'est progressivement et assez rapidement aggravé.

On constate aujourd'hui au sommet gauche, en avant, directement au-dessous de la clavicule, un souffle caverneux métallique sans gargouillement : en arrière, à l'extrême sommet, on perçoit un peu de souffle propagé. Pas de signes d'amélioration en dehors de ce point.

Le malade quitte l'hôpital pour aller à la campagne ; il est dans un état général grave.

Il résulte de renseignements fournis ultérieurement que le malade est mort en juillet des progrès de la tuberculose.

Ce cas confirme le fait signalé par R. Gral, dans sa thèse (Paris, 1883, *De la fièvre typhoïde chez les tuberculeux*), à savoir : que l'invasion de la tuberculose peut simuler une rechute de fièvre typhoïde, et aussi, cette autre de ses conclusions, que : « la fièvre typhoïde se déclarant chez un sujet déjà tuberculeux ne paraît pas suivre une marche anormale, mais la tuberculose prend généralement une forme aiguë. »

Nous en rapprocherons un cas rapporté dans la thèse de Bobinet, qui présente avec le précédent une grande analogie; quelques mois avant le début de sa fièvre, le

malade avait eu une poussée bacillaire : les phénomènes s'étaient dissipés et tout semblait devoir rentrer dans l'ordre, lorsque la convalescence fut le signal d'une phtisie aiguë qui emporta rapidement le patient.

OBSERVATION IV

(Empruntée à la thèse de H. Bobinet.<sup>1</sup>)

*Phtisie galopante survenant pendant la convalescence de la fièvre typhoïde chez un sujet prédisposé.*

Chen... Auguste, âgé de dix-huit ans, entre à l'hôpital le 30 août 1887, salle Pidoux, lit n° 24.

Il n'y a rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Il se plaint d'une grande fatigue générale datant de près de quinze jours et qui l'a obligé de cesser son travail, sans toutefois prendre le lit.

Depuis cinq jours il a de la fièvre surtout le soir, l'appétit est complètement perdu, il y a un peu de diarrhée, peu de sommeil la nuit ; cauchemars et bourdonnements d'oreille. Comme maladie antécédente, il ne signale rien qu'une bronchite survenue l'hiver dernier et qui aurait duré deux mois.

Il n'a jamais craché de sang et s'est bien porté tout l'été.

*Etat actuel.* — Faciès pâle et fatigué : température le soir 40 degrés, pouls 104 ; langue blanche au centre rouge au bord et à la pointe, anorexie complète ; gargouillement dans la fosse iliaque droite, diarrhée ocreuse, cinq à six selles par jour. Le malade tousse un peu ; à l'auscultation, on entend quelques râles congestifs dans la poitrine aux deux bases. Le sommet droit sonne mal à la percussion, la respiration y est faible et l'expiration prolongée sans râles.

<sup>1</sup> *Quelques faits de tuberculose pulmonaire consécutive à la fièvre typhoïde* (Paris 1888.).

Les urines traitées par l'acide nitrique donnent un disque d'acide urique surmontant un léger précipité albumineux. On diagnostique une fièvre typhoïde au début, chez un sujet suspect de tuberculose commençante.

*Traitement.* — Sulfate de quinine, 1 gr. 50 par jour, lavement émollient, bouillon, lait et limonade vineuse.

Les jours suivants les symptômes typhiques se caractérisent davantage; on constate des taches rosées lenticulaires. La température oscille entre 39°,5 et 40.

5 septembre. — (Douzième jour de la maladie). La température vespérale atteint 40°,8; le ventre est météorisé, la diarrhée abondante. Il y a du délire nocturne et un peu de sécheresse de la langue. On applique en permanence un sac de glace sur la partie droite de l'abdomen.

Le 6 et le 7. — Rémission marquée des symptômes.

Le 8. — Nouvelle ascension fébrile qui est combattue par les mêmes moyens.

Le 19. — La fièvre tombe définitivement et le malade entre en convalescence au vingt-cinquième jour de sa maladie.

Pendant un mois entier (du 19 septembre au 18 octobre) la fièvre est nulle, l'appétit revient progressivement. Il n'y a plus aucun phénomène morbide du côté de l'abdomen, ni du côté du thorax. Cependant le malade reste pâle, assez faible, il se plaint de transpirer souvent la nuit.

19 octobre au soir. — On constate de nouveau un peu de fièvre et, en auscultant avec soin, on croit entendre quelques craquements secs sous la clavicule droite. La langue est belle, l'appétit bon; les digestions se font bien.

Les jours suivants, fièvre rémittente à exacerbations vespérales, atteignant 38°,5, 39 et même 39°,5.

Très rapidement l'état général s'affaiblit, le malade devient pâle et plus maigre. Les pommettes sont rouges. Il y a des transpirations fréquentes. En même temps on peut suivre jour par jour le développement de la tuberculose pulmonaire au sommet droit, laquelle prend rapidement la forme caséuse. La matité s'accuse sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse. La respiration

devient soufflante ; des râles secs font place à des râles humides. Dès le 15 novembre il existe une excavation très manifeste qui s'agrandit rapidement, et la maladie prend de plus en plus l'aspect clinique de la phtisie galopante.

Un mois plus tard, nouvelle poussée fébrile, plus intense ; dyspnée rapidement croissante, râles fins dans les deux côtés du thorax ; le malade présente les signes de l'asphyxie progressive et succombe le 24 décembre après une agonie assez prolongée.

A l'autopsie, on constate les traces manifestes des ulcérations des plaques de Peyer qui sont toutes guéries sauf d'une seule. Il n'y a pas trace de tuberculose du côté de l'intestin. En revanche, les poumons sont atteints de tuberculisation généralisée qui paraît avoir évolué en deux étapes.

Au sommet droit, pneumonie caséeuse avec excavation considérable entourée de plusieurs autres petites cavernes.

Au lobe inférieur droit et dans tout le poumon gauche semis de granulations jaunâtres, les unes isolées, les autres groupées avec congestion très marquée du tissu ambiant.

Les autres organes sont indemnes.

Nous sommes amené maintenant à nous occuper des cas, moins communs, mais plus remarquables, dans lesquels la fièvre typhoïde semble ouvrir la porte au bacille de Koch chez des sujets indemnes jusque là de ses atteintes, cette redoutable complication survenant au déclin du processus morbide primitif.

Nous avons déjà mentionné l'opinion de F. Heuschert, qui voit, dans les lésions intestinales, le point originel de l'infection. Quoi qu'il en soit de cette théorie, la clinique nous apprend par des exemples qui deviennent de jour en jour plus nombreux, que cette forme de bacillose, fréquemment miliaire et généralisée, comme dans les cas rapportés par Heuschert, ailleurs pneumonique et caséeuse, comme dans celui que nous possédons, est presque tou-

jours d'une gravité exceptionnelle, et que cette gravité augmente à mesure que l'affection secondaire est plus subintrante.

Déjà, en 1839, Taupin avait signalé deux cas d'enfants ayant succombé à une phtisie très avancée, survenue après guérison de fièvre typhoïde, avant laquelle ils n'avaient présenté aucun symptôme de tubercule. Dans la thèse de Le Covec (1878), dans celles de Janez (Lyon, 1883) et de R. Gral, plusieurs faits de cette nature sont rapportés. Nous en reproduisons trois des plus caractéristiques, auxquels nous ajouterons une observation récente qui nous est personnelle.

OBSERVATION V (résumée).

*Fièvre typhoïde suivie d'une phtisie aiguë. Autopsie.*  
(Empruntée à la thèse de Le Covec.)

Une jeune fille de dix-neuf ans, entre dans le service de M. Bernutz, le 25 mai 1878.

Pas d'antécédents d'aucune sorte.

A son entrée, on constate tous les symptômes de la fièvre typhoïde qui paraît devoir être bénigne. Les taches rosées sont abondantes; la maladie paraît être arrivée au huitième jour. Aux bases des poumons, on trouve des râles sibilants assez nombreux et des signes de congestion évidents. La température varie régulièrement entre 38°,8 le matin, et 39°,6 le soir.

Le 15 juin, la convalescence paraît se déclarer. Cependant la fièvre persiste, l'appétit ne revient pas : les signes de congestion sont aussi intenses. Au sommet du poumon droit, on note des signes positifs de phtisie. Les sueurs nocturnes apparaissent, la malade ne prend aucune nourriture. Les jours suivants, les

symptômes de tuberculose devinrent de plus en plus manifestes au sommet droit. D'autres apparurent vers la partie moyenne du poumon gauche pendant que les râles de congestion disparaissaient à la base.

Comme l'amaigrissement était déjà très grand, l'état général devint bien vite extrêmement grave. Dans les derniers jours de juin, on percevait les signes physiques d'une caverne au sommet droit et des craquements au milieu du poumon gauche. Mort le 14 juin.

*Autopsie.* — Intestins. Les plaques de Peyer sont encore ulcérées; quelques-unes, les plus élevées, sont à peu près cicatrisées, mais celles qui sont voisines du cæcum, sont aussi peu près de la guérison que si la mort était survenue au milieu de la maladie. Elles présentent toutes un grand nombre de granulations tuberculeuses. Pas de granulations en dehors des plaques ulcérées.

*Poumons.* — Caverne assez petite au sommet du poumon droit et tubercules à l'état de ramollissement sur ses parois; quelques noyaux de tubercules sont disséminés dans les poumons. Vers la partie moyenne du poumon gauche, la plèvre viscérale est soulevée, épaissie. En la fendant on tombe sur trois noyaux caséux en voie de ramollissement.

#### OBSERVATION VI (résumée).

Thèse de Régis Gral 1883.

**Fièvre typhoïde.** — *Reprise de la fièvre pendant le cours de la convalescence. — Otorrhée. — Tuberculose pulmonaire constatée pendant la vie et après la mort. — Autopsie.* — Journal des connaissances médicales. 26 octobre 1882. Babinsky )

Femme âgée de trente-trois ans, entre le 7 avril 1882 dans le service de M. Cornil : elle est souffrante depuis dix jours environ, a perdu l'appétit; céphalalgie, diarrhée. A son entrée, on constate

un mal de tête violent, des bourdonnements d'oreille, des vertiges, etc., tous les symptômes d'une dothiéntérie. Dans les poumons on trouve quelques râles de bronchite aux bases.

Dans les premiers temps, la maladie évolua comme une fièvre typhoïde normale. La malade sembla entrer en convalescence dans les premiers jours du mois de mai, sans avoir présenté, pendant toute la durée de la maladie, rien de particulier à noter. Elle commençait à s'alimenter, reprenait des forces et se levait même deux à trois heures par jour. Mais vers le 15 mai, les choses changèrent de face, une rechute sembla avoir lieu. On ne trouva rien d'anormal dans les poumons.

Le 20 mai, on constata une otorrhée du côté gauche ; à partir de ce moment, l'état général alla en s'aggravant de plus en plus. Jusqu'au 30 mai, on n'avait rien constaté du côté des poumons, sinon des signes de bronchite légère.

Ce jour-là, on trouva de la matité au sommet droit en même temps qu'une expiration prolongée, soufflante et des craquements secs. Dans les premiers jours de juin, on vit survenir de l'œdème des extrémités. L'amaigrissement, l'affaiblissement s'accrurent de plus en plus. La malade succomba le 15 juin dans la cachexie la plus complète.

*Autopsie. — Intestins.* — Les plaques de Peyer et les follicules ulcérées étaient cicatrisés. L'intestin ne présentait pas de traces de tuberculose. Les ganglions du mésentère et la rate avaient leur volume normal.

*Poumons.* — Le poumon droit présentait, au sommet, dans tout le lobe supérieur, des masses tuberculeuses récentes. Dans le poumon gauche et le reste du poumon droit on ne trouva qu'un très petit nombre de granulations disséminées.

Pus dans l'oreille moyenne ; apophyse mastoïde saine ; membrane du tympan détruite ; cœur, cerveau, foie, rien de spécial.

OBSERVATION VII (résumée).

Thèse de Régis Gral 1883.

**Fièvre typhoïde.** — *Reprise de la fièvre pendant la convalescence.* — *Broncho-pneumonie, autopsie.* — *Ulcérations intestinales.* — *Tubercules récents du poumon gauche.* (Babinsky).

Homme, entre dans le service de M. Cornil, le 8 juin 1882.

Indisposé depuis un mois, il est alité depuis dix jours. A son entrée, on constate tous les symptômes d'une fièvre typhoïde. Cette maladie évolue sans présenter dans les premiers temps, rien de spécial. A partir du 23 juin, la convalescence se déclare. Le 3 juillet, la température qui s'était abaissée, s'élève brusquement à 40 degrés, le malade est très agité, ventre douloureux, quelques râles sous-crépitaunts disséminés dans les poumons. Les jours suivants la température se maintient élevée, le ventre se ballonne et devient très sensible à la pression, pas de vomissements, délire.

Le 11, au délire a fait place une dépression ; mort.

*Autopsie.* — *Intestins.* — Pas de trace de péritonite. Quelques plaques de Peyer, cicatrisées et pigmentées, ganglions mésentériques assez volumineux.

*Poumons.* — Dans le sommet du poumon gauche, on trouve des masses tuberculeuses non confluentes et paraissant être de date très récente. Congestion, mais pas de traces de granulations dans le reste du poumon gauche ni dans le poumon droit. Rate volumineuse, diffluyente, rien de spécial dans les autres organes.

OBSERVATION VIII

*(Malade encore actuellement en traitement.)*

X..., âgée de vingt ans, domestique, entrée le 26 juillet 1893, à Saint-Pothin, salle Sainte-Marie, lit n° 12. Service de M. le D<sup>r</sup> Bard.

Père mort d'affection inconnue. Mère âgée de soixante-seize ans très nerveuse, rhumatisante. Un frère âgé de vingt-sept ans qui maigrît et tousse. Un autre, mort à quatre ans, de méningite.

Rougeole et coqueluche dans l'enfance.

La malade a toujours été d'un tempérament très nerveux; elle vient de faire un séjour d'un an dans le service de M. Carrier où elle a contracté l'affection aiguë actuelle. A pris plusieurs crises d'hystérie franche, et était sujette à des accès de gastralgie avec vomissements opiniâtres. La menstruation établie depuis l'âge de quatorze ans, s'est toujours faite d'une manière irrégulière; les pertes blanches sont fréquentes.

La malade est de tempérament robuste et ne tousse pas habituellement: cependant elle dit s'enrhumer chaque hiver.

Il y a dix-huit jours environ, elle commença à éprouver un malaise général, et perdit l'appétit; cinq ou six jours après, son état s'aggrava assez subitement et elle dut s'aliter.

Elle fut atteinte à ce moment d'une céphalalgie continue, intense, diffuse, sans localisation bien nette, et se mit à tousser; elle se plaignit aussi d'un peu d'angine, d'anorexie et surtout de courbatures et de faiblesse générale.

Deux ou trois jours après, apparut une diarrhée modérée, qui persiste encore; deux à trois selles par jour, assez abondantes. Un peu d'insomnie.

Pas d'épistaxis, pas de délire nocturne.

L'acuité auditive a diminué.

Depuis le début de son affection, la température a oscillé autour de 40 degrés.

Actuellement, l'état général est bon, mais il existe un peu de somnolence, L'anorexie et la diarrhée persistent. La toux est moins intense, sans expectoration, et il n'existe pas de dyspnée, l'état de faiblesse est assez accentué. Les yeux sont cernés, le visage est un peu pâle. Pas de point de côté.

A l'examen du thorax, la sonorité pulmonaire est partout normale, sauf au sommet droit en arrière où il existe de la submatité : les vibrations thoraciques sont plus accentuées de ce côté que du côté opposé.

A l'auscultation, on entend de nombreux râles sibilants dans les deux poumons, mais ils paraissent prédominer au sommet droit en avant et en arrière ; à la base droite il existe quelques râles sous-crépitants assez fins.

La pointe du cœur se localise bien dans le quatrième espace, en dedans du mamelon ; les battements sont réguliers, un peu rapides, assez énergiques. Les bruits sont bien frappés. Le second est un peu éclatant.

Le pouls est rapide, petit, de tension faible, sans dicrotisme apparent.

L'abdomen est légèrement météorisé, partout sonore, un peu douloureux à la pression : on perçoit quelques gargouillements dans la fosse iliaque droite. Sur l'abdomen, on constate plusieurs taches rosées lenticulaires, s'effaçant à la pression ; il en existe quelques-unes sur l'avant-bras.

Il existe dans le dos de nombreuses pustules d'acné.

Les urines présentent un léger nuage d'albumine.

27 juillet. — Il existe de nombreuses taches rosées très apparentes, un peu de météorisme et de gargouillement.

L'état général est assez bon.

A l'examen du thorax, on constate des sibilances disséminées.

Les urines contiennent un léger nuage d'albumine.

4 août. — L'élévation du 2 août (39°,7) paraît due à ce qu'on a ce jour-là supprimé la glace sur l'abdomen.

Les températures prises toutes les trois heures ont présenté de très grandes irrégularités, souvent anormales ; néanmoins la courbe présente à peu près les caractères habituels à la dothiéntérie.

Depuis son entrée dans le service, la malade n'a présenté aucune crise d'hystérie, tandis qu'elle en présentait de nombreuses avant sa maladie, dans le service de M. Carrier.

Les taches rosées sont toujours apparentes; on ne constate pas de gargouillements, pas de diarrhée.

La langue est effilée, mais un peu sèche.

14 août. — L'appétit est peu marqué. L'état général est mauvais. Il existe sur la ligne médiane une escarre sacrée cachée dans la rainure interfessière et assez profonde.

La température est toujours très irrégulière, la langue saburrale l'appétit nul; on ne voit plus de taches rosées; pas de diarrhée, pas de gargouillement.

Insomnie nocturne.

On entend de nombreux râles de congestion pulmonaire intense à la base droite. La toux est fréquente, l'expectoration peu abondante, muco-purulente.

22 août. — On supprime les bains froids et on commence des badigeonnages de 0,50 de gaïacol toutes les fois que la température est à 39 degrés. La malade prend aussi 0,50 de quinine par jour.

22 septembre. — Les badigeonnages de gaïacol ont été cessés le 30 août. La température est restée fébrile et irrégulière depuis ce moment jusqu'au 20 septembre. Le 20 au matin, la malade qui n'avait présenté aucune crise pendant toute la durée du séjour dans le service, a eu une crise avec perte de connaissance qui a duré quelques minutes.

23 octobre. — Les badigeonnages déterminent des sueurs modérées. Depuis une huitaine de jours, l'état général s'est beaucoup amélioré; l'appétit est redevenu excellent et l'embonpoint commence à reparaitre.

3 novembre. — Les badigeonnages de gaïacol déterminent des abaissements immédiats très accusés, mais ne paraissent pas avoir d'influence durable. La toux est toujours fréquente et sans expectoration.

L'état général se maintient assez bon; la langue est rouge vif, dépouillée, les papilles très apparentes.

10 novembre. — La malade prend depuis le 3 novembre des lavements avec 1 gramme de créosote, qui sont bien supportés.

A l'examen du thorax, on constate à gauche, en avant, de la sonorité exagérée, tympanique, mais la respiration y est très obscure, l'expiration tout à fait silencieuse, et l'inspiration s'accompagne immédiatement au-dessous de la clavicule, de quelques râles secs espacés. En arrière du même côté, au sommet, submatité suppression du retentissement de la voix haute, obscurité avec quelques râles espacés, moins nombreux et moins secs qu'en avant.

A droite, la respiration est obscure en arrière sur une assez grande étendue; les râles sont très rares; le retentissement de la voix haute est conservé, plutôt exagéré. En avant, l'obscurité est peu manifeste. La malade tousse d'une toux sèche, sans expectoration.

24 novembre. — Depuis une dizaine de jours, il s'est produit à la suite d'une sortie dans la cour, une recrudescence très accusée de la température. La toux est fréquente, mais reste sèche. La créosote des lavements est remplacée par 1 gramme de gâïacol en badigeonnages.

10 mai. — L'état général s'est rapidement et considérablement aggravé. Il existe une fièvre continue oscillant depuis longtemps entre 39 et 40 degrés. L'expectoration est franchement nummulaire; avant-hier, la malade a eu, pour la première fois, une hémoptysie.

Les signes physiques sont concluants; au sommet droit, en avant comme en arrière, l'inspiration est couverte par de nombreux râles de grosseurs diverses, dont certains à timbre métallique. Au sommet gauche, lésions plus avancées encore, signes cavitaires avancés; voix et râles retentissants à timbre amphorique; toux éclatante suivie de gargouillement.

Anémie profonde. Amaigrissement et cachexie commençante.

En somme, l'issue de ce cas ne paraît actuellement pas douteuse, et il rentre dans la loi générale qui veut que les accidents tuberculeux survenus au décours de la fièvre

typhoïde comportent une marche rapide et un pronostic grave. De fait, les exceptions à cette règle sont rares, croyons-nous. Il en existe néanmoins, et il importe de l'établir pour ne pas être tenté de les rejeter complètement. Un cas de Bobinet en témoigne avec toutes les garanties de véracité, puisque l'examen des crachats a décelé la présence du bacille de Koch.

Nous le reproduisons avec les réflexions qu'il a suggérées à l'auteur :

OBSERVATION IX

(Empruntée à la thèse de H. Bobinet.)

*Cas de tuberculose survenant pendant le cours d'une fièvre typhoïde à rechute — Guérison.*

Le nommé V. François, âgé de vingt-deux ans, domestique, entre le 11 janvier 1888 à la Pitié, salle Saint-Luc, lit n° 16.

C'est un garçon d'apparence robuste sans antécédents d'aucune sorte.

Il accuse une lassitude générale, une céphalalgie continuelle, une perte complète d'appétit.

Le ballonnement du ventre est peu accentué.

La température est de 39 degrés; le pouls peu fréquent.

On diagnostique dothiéntérie légère et on institue le traitement suivant : bouillon, lait, deux lavements par jour.

19 janvier. — Epistaxis, la température oscille entre 38 et 39 degrés.

Bronchite légère.

Le 25. — Bronchite plus intense, ventouses sèches et scarifiées.

Le malade guérit de sa bronchite, la température s'abaisse les

jours suivants au-dessous de 37 degrés. La convalescence paraît bien marcher, le malade se lève.

18 février. — Après plus de vingt jours d'apyrexie, la température s'élève brusquement à 40 degrés. Quelques douleurs de ventre ; épistaxis. Un peu de ballonnement du ventre, gargouillement dans la fosse iliaque droite. Deux ou trois garde-robes par jour.

Apparition de taches rosées lenticulaires au niveau des hypochondres. Le chef de service diagnostique rechute de fièvre typhoïde et institue le traitement suivant : limonade vineuse, deux lavements par jour, un verre d'eau de Sedlitz tous les deux ou trois jours.

Le 23. — Même état. Sulfate de quinine 50 centigrammes.

Le 24. — Bronchite assez intense, ventouses sèches.

27. — La température monte à 40 degrés. Léger tympanisme de l'abdomen. Congestion du foie. De nouveau on prescrit des ventouses. Café. Sulfate de quinine 50 centigrammes.

Le 29. — Nouvelles taches lenticulaires, ventre moins ballonné. Râles fins dans la totalité des poumons. Badigeonnage à la teinture d'iode.

1<sup>er</sup> mars. — Epistaxis

Le 2. — Plus de taches, ni de ballonnement du ventre.

Le 3. — Pouls très petit. Bronchite intense. Vingt pointes de feu de chaque côté de la colonne vertébrale sur toute la hauteur des poumons.

Le 5. — Râles fins de bronchite capillaire, surtout à droite. On prescrit : café, vin de Bagnols, vésicatoire.

Le 6. — Le malade est très oppressé. Il a trente-six inspirations par minute.

Le malade depuis quelques jours a considérablement maigri.

On soupçonne une tuberculose au début : on l'ausculte avec soin et l'on entend dans le sommet droit des râles sous-crépitaux fins.

Le chef du Laboratoire examine les crachats du malade au microscope *et y trouve des Bacilles de Koch* quoiqu'en petit nombre.

A la prescription antérieure du malade, on ajoute de la viande crue et des œufs.

Le 8. — Râles fins nombreux aux deux sommets. Pointes de feu en avant tous les deux ou trois jours.

Le 16. — L'appétit est revenu. La guérison est complète. On ne trouve plus rien dans les sommets.

Le 30. — Le malade se rétablit de plus en plus.

15 avril. — Les forces sont tout à fait revenues; il n'existe plus aucun signe appréciable de tuberculose. Le malade doit partir d'ici quelques jours à Vincennes.

« De cette observation nous pouvons conclure : que ce malade qui pendant le cours d'une dothiéntérie légère, n'avait vu aucune complication survenir, a été atteint, par suite d'une rechute qui l'a considérablement affaibli, d'une tuberculose certaine, puisque les bacilles de Koch ont été trouvés dans ses crachats. Il s'est remis, il est vrai, de cette tuberculose, qui, nous l'espérons, ne laissera pas d'autres traces ; mais il aurait pu, s'il n'avait pas présenté des conditions de résistance particulières, et s'il n'avait pas été énergiquement traité dès le début, être atteint d'une tuberculose chronique ou aiguë qui l'aurait conduit à la mort. Dans tous les cas, si ce malade devenait tuberculeux dans l'avenir, nous aurions beaucoup de tendance à croire que ce ne serait pas à une contamination nouvelle qu'il devrait sa maladie, mais bien à cette tuberculose survenue pendant le cours de sa dothiéntérie, et qui serait actuellement enrayée. »

Sans vouloir contester ces conclusions, nous devons faire cette réserve, déjà indiquée antérieurement, que la plupart des cas de tuberculose pulmonaire subintrante, apparaissent avant la défervescence définitive de la dothiéntérie, et lui succèdent ainsi sans qu'il y ait place pour aucun intervalle apyrétique.

Or, il est impossible, en clinique, de séparer ces faits de ceux dans lesquels une tuberculose récente préexistait à

l'état latent et a reçu son impulsion de l'infection surajoutée. Etant donc bien établie cette réserve, nous nous hâtons d'ajouter que nous n'avons aucune tendance à généraliser le cas précédent ; bien plutôt sommes-nous tenté d'attribuer un bon nombre des observations de tuberculose bénigne, suivie de guérison, signalées de divers côtés parmi les complications pulmonaires de la dothiéntérie à la période de convalescence, à de simples erreurs de diagnostic. Nous essayerons dans notre second chapitre, où nous aurons à revenir sur cette question, de justifier notre scepticisme.

---

## CHAPITRE II

### **De l'évolution simultanée de la fièvre typhoïde et de la tuberculose aiguë.**

Si l'on réfléchit aux difficultés pratiques d'un pareil diagnostic, et si l'on tient compte de la rareté extrême de tels faits bien observés, l'on ne sera pas surpris de l'incertitude qui règne encore sur cette question.

La possibilité de tels faits était affirmée cependant depuis longtemps déjà, et Mercier écrivait en 1855 :  
« Nous avons vu plusieurs fois la phthisie suivre de si près la fièvre typhoïde, qu'elle devenait pour ainsi dire subintrante, mais il y a plus : *ces deux maladies peuvent exister dès le début, se développer simultanément, et parcourir parallèlement toutes leurs périodes, sans préjudice de l'une à l'autre.* »

Cette affirmation est claire, et, comme on le voit, l'hypothèse n'est pas neuve. Ch. la Saigne, dans l'étude qu'il publia en 1879, *Sur la pleurésie qui survient dans la convalescence de la fièvre typhoïde*, admet aussi la

même éventualité. Toutefois, la première observation circonstanciée qui ait été produite à l'appui, est celle publiée, il y a quelques mois, dans la *Revue de Médecine*, par MM. Sarda et Villard (1893).

« Le fait que nous allons rapporter » disent ces auteurs, après avoir rappelé les difficultés du diagnostic différentiel « montre qu'une troisième hypothèse est encore possible : celle de la coexistence des deux infections, tuberculeuse et typhique..... »

« Ce cas, le premier publié jusqu'ici, à notre connaissance, introduit dans la casuistique des pyrexies de forme typhoïde une nouvelle difficulté de diagnostic, résultant de la possibilité d'une combinaison de l'infection typhique avec l'infection tuberculeuse. »

Nous ne pouvons nous dispenser de reproduire, au moins en résumé, cette importante observation.

#### OBSERVATION X (résumée).

*Un cas de fièvre typhoïde et de tuberculose aiguë combinées  
par Sarda et Villard (Revue de médecine, 1893).*

X..., trente ans, cordonnier à Bordeaux, entré le 14 septembre 1892 à l'Hôtel-Dieu de Montpellier.

Aucun antécédent personnel : père mort à quarante-deux ans d'une affection pulmonaire aiguë.

Début dans les premiers jours de septembre par céphalalgie, diarrhée, anorexie ; bientôt fatigue générale, brisement qui nécessitent son envoi à l'hôpital avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire. Le soir de l'entrée,  $T = 39^{\circ},8$ .

Le malade est amaigri, abattu : langue sale, large, rouge sur

les bords et à la pointe. Douleur et gargouillement dans la fosse iliaque droite, diarrhée assez abondante.

A l'inspection du thorax, faite avec soin, on ne trouve rien de net à la percussion et à la palpation.

A l'auscultation, râles de bronchite, plus marqués aux sommets, surtout à droite. Peu de toux, peu d'expectoration, pas de point de côté. T = 38°,6 le matin et 39°,9 le soir.

19 septembre. — Insomnie, rêvasseries; l'adynamie se prononce; il survient des taches rosées; râles sibilants marqués au sommet droit. La diarrhée persiste; la température reste au-dessous de 40 degrés.

20 septembre. — Pouls petit, irrégulier; les râles de bronchite se généralisent, toujours plus prononcés au sommet droit.

21 septembre. — Langue noire, sèche; diarrhée aggravée. A la percussion, on trouve un peu de matité au sommet en arrière et à droite; à l'auscultation, toujours râles de bronchite; de plus, respiration saccadée au sommet droit. Raie méningitique.

Le soir, abattement et dyspnée; 40 inspirations à la minute. Pouls à 100. T. du soir = 38°,9.

23 septembre. — Délire tranquille; bronchite généralisée; matité au sommet droit en arrière.

24 septembre. — Pouls à 124. Respiration excessivement pénible.

25 septembre. — Délire agité dans la nuit, suivi de résolution. Vomissements; respiration peu ample. Dans la soirée, crises convulsives épileptiformes avec cyanose et respiration stertoreuse.

26 septembre. — Nouvelles crises; respiration de plus en plus précipitée. Pouls petit, dépressible, mais régulier.

T. = 37°,9 le matin et 38°,9 le soir.

27 septembre. — Le malade tousse un peu; la matité s'est étendue à droite, presque dans toute la hauteur: on entend des râles sous-crépitaux. T. = 40°,5 le soir; pouls à 152.

Dyspnée progressive; mort dans la nuit.

AUTOPSIE. — A côté de lésions tuberculeuses manifestes, lésions intestinales analogues à celles de la dothiéntérie.

*Poumons.* — Les granulations tuberculeuses sont limitées au

poumon droit, qui présente, en outre, une adhérence large comme le creux de la main, rougeâtre et facile à déchirer.

*Cœur.* — Symphyse complète; pas de tubercules apparents.

*Abdomen.* — Semis de granulations tuberculeuses sur l'épiploon et le péritoine, surtout à droite, et particulièrement sur les points qui répondent aux plaques de Peyer.

*Intestin grêle.* — Série d'ulcérations sans vestiges de tuberculose, sauf au niveau des plaques de Peyer, où l'on trouve des granulations grises.

Pas de tubercules dans le foie ni dans les reins.

Au cerveau, sur le contour du plancher du quatrième ventricule, bourrelet de pie-mère infiltré de granulations tuberculeuses.

*Examen histologique.* — Des ponctions faites dans la rate ont servi à ensemercer des tubes de gélose; les caractères des cultures obtenues ont permis de reconnaître le bacille d'Eberth. Quant aux lésions tuberculeuses, elles parurent si évidentes, que M. le professeur Kiener jugea inutile d'avoir recours à l'examen histologique.

A la vérité, cette observation réunit, au point de vue de la vérification, toutes les garanties désirables, et nous ne saurions en contester les conclusions, d'autant plus qu'il ne nous répugne nullement d'admettre la possibilité de la double infection. Nous pensons seulement qu'il pourra être instructif de rapprocher du fait précédent deux autres cas, également bien observés, chez lesquels le diagnostic semblable a été posé pendant la vie, vérifié par l'examen macroscopique, et que les recherches histologiques sont venues, contre toute prévision, révoquer en doute.

OBSERVATION XI

(2163 de la collection de M. Bard, H. 390.)

**Diagnostic.** — *Fièvre typhoïde. Bronchopneumonie prédominante à gauche et aux bases.*

**Autopsie.** — *Tuberculose intestinale? et pulmonaire.* Hépatisation caséuse massive des parties supérieures avec caverne à droite. Hépatisation lobulaire disséminée des bases. Ulcérations intestinales sur l'intestin grêle et le cæcum. Dégénérescence épithéliale des reins.

X..., âgée de vingt-neuf ans, papetière, entrée le 14 janvier 1893, salle Sainte-Marie, lit N° 12, dans le service de M. le D<sup>r</sup> Bard.

Père mort d'un rhumatisme qui l'a tenu deux ans au lit. Mère vivante et rhumatisante. Frères et sœurs vivants et bien portants, sauf une petite sœur rachitique. Pas d'affection de poitrine dans la famille; aucune maladie de l'enfance. Pas de fièvres éruptives; jamais de fièvre typhoïde.

Influenza il y a trois ans, dont elle s'était parfaitement remise. Est tombée malade le 23 décembre 1892 au soir, par une fièvre vive avec frissons et chaleur mordicante. En même temps, sensation de brisure générale; points multiples et erratiques : toux quinteuse avec expectoration blanchâtre, aérée, peu abondante. Pas d'hémoptysie. Céphalalgie générale au début de la maladie.

A la suite de l'administration de sulfate de quinine, la malade est devenue sourde et elle n'a pas récupéré complètement l'ouïe depuis.

Quelques épistaxis légères, en caillots, les premiers jours. En même temps que la fièvre s'est installée, une diarrhée abondante, fétide, noirâtre les premiers jours, jaunâtre ensuite.

Depuis le début de la maladie, agitation nocturne très vive, cauchemars effrayants. La malade ne peut dire s'il y a eu du délire.

Appétit supprimé dès le commencement : a gardé la diète jusqu'ici.

*Etat actuel.* — Malade pâle. Lividités variables des pommettes ; œil un peu vague ; lèvres desquamées. La langue qui, à l'entrée, était sèche et rouge, est ce matin (16 janvier), couverte d'un enduit saburral léger, sauf aux bords et à l'extrême pointe, et est devenue plus humide. Elle est trémulante. Enduits noirs sur les gencives. Rien au pharynx. Rien aux membres inférieurs, sinon quelques frissons courant par intervalles.

A l'abdomen, taches rosées multiples et assez nettes. Pas de ballonnement. Douleur à la pression un peu partout, mais particulièrement accusée au niveau du cœur. Gargouillement de la fosse iliaque droite. La diarrhée s'est atténuée depuis hier ; le malade n'a pas eu de selle la nuit dernière, et une seule ce matin.

Rate manifestement grosse à la percussion.

Aux poumons, sonorité diminuée légèrement au sommet gauche, et d'une façon plus accusée aux deux bases en arrière.

En avant respiration assez bruyante, mêlée dans toute la hauteur de gros râles ronflants nombreux. En arrière respiration obscure des deux côtés, surtout aux bases, mêlée de quelques ronchus, mais surtout de râles nombreux et fins à l'inspiration. Dans les deux tiers supérieurs, particulièrement à gauche, l'expiration prend un timbre légèrement soufflant.

Légère dyspnée. Toux peu fréquente. Expectoration abondante, formée d'un liquide d'apparence albumineuse, mêlé de flocons et de filets muqueux adhérents, dont quelques-uns légèrement teintés de rouge, et surmonté d'une couche mousseuse.

Urines albumineuses.

16 janvier. — La température s'est abaissée, la malade ayant pris depuis hier 3 grammes d'antipyrine.

L'état général est peu satisfaisant, la dyspnée très vive. L'expectoration est abondante, gommeuse, présente une teinte hématique brune assez intense.

L'abdomen est légèrement météorisé : il n'y a pas de diarrhée actuellement : gargouillement dans la fosse iliaque.

A l'auscultation, on constate dans toute l'étendue des poumons

une respiration emphysémateuse bruyante et de très nombreux râles humides, inspiratoires de divers volumes.

Depuis deux jours, on a donné des bains de dix minutes à 25 degrés au-dessus de 38°,5. Les bains sont bien supportés, mais suivis de frissons prolongés. On les continue au-dessus de 39 degrés.

L'état général s'est amélioré. La dyspnée paraît moins vive. L'alimentation se fait bien.

L'expectoration est très abondante, gommeuse et aérée. Elle présente une coloration opaline sans qu'il y ait des stries franche-purulentes. La couleur s'est beaucoup modifiée.

On ne constate plus de teinte hématiche.

A l'auscultation, la respiration est emphysémateuse. Elle s'accompagne de râles inspiratoires nombreux et fins, prédominants aux bases, surtout à gauche ; nulle part il n'existe de matité.

Au sommet droit, pas de râles, respiration supplémentaire soufflante. Sous la clavicule droite, la sonorité est tympanique et la respiration supplémentaire et sans râles.

Rien d'anormal au cœur.

27 décembre. — L'état général s'améliore un peu : la toux est toujours aussi accusée, l'expectoration abondante. A l'auscultation, râles nombreux aux deux bases, de caractères différents des deux côtés : à droite, submatité, respiration soufflante, râles pseudo-cavitaires à timbre métallique que la toux fait momentanément disparaître ; à gauche, la sonorité est exagérée, la respiration plus sourde, les râles plus fins sans timbre cavitaire.

30 décembre. — La malade a été prise hier soir à 2 heures, au moment de son bain, d'une gêne angoissante rétro-sternale. On n'a pu la réchauffer. La température prise à 7 heures est de 37 degrés. Le soir à 5 heures 1/2, dyspnée vive, orthopnée. Cyanose des lèvres. Pouls petit, très accéléré, irrégulier ; rien de particulier à l'abdomen. Le malade répond aux questions qu'on lui adresse. A l'auscultation du poumon, râles gros, nombreux, à timbre métallique des deux côtés. Injection d'éther. Ballon d'oxygène. Cataplasmes sinapisés.

Mort le 29 janvier à 9 heures 1/2 du soir.

*Autopsie* le 31 janvier. — Les deux poumons se détachent facilement : pas d'épanchement.

Le poumon gauche présente au sommet une caverne assez volumineuse, à parois anfractueuses, creusée au centre d'une hépatisation caséreuse lobaire, qui occupe la totalité du lobe supérieur. Les lobes supérieurs droits sont également le siège d'une hépatisation caséreuse continue, mais on ne constate pas de cavernes. Les deux bases sont le siège de quelques foyers d'hépatisation à peine apparente, reconnaissable à l'augmentation de consistance sans caséification. A droite, existe le foyer le plus étendu de cette nature. Nulle part de cavernules, pas de granulations tuberculeuses, pas de dilatation des bronches. Poumon droit, 690; gauche, 950.

Le cœur est un peu volumineux (350); mais on ne constate rien d'anormal.

Le foie (1520) est tuméfié sans être jaunâtre. La rate 250 est volumineuse, assez ferme.

Les reins, droit, 250 grammes, gauche, 230, sont très augmentés de volume, tuméfiés; le rein droit présente une teinte un peu grisâtre, la congestion y est très apparente, la consistance peu augmentée. Le rein gauche est beaucoup plus modifié : il est tout à fait décoloré : sa consistance est plus ferme, sa surface de coupe plus sèche; pas de congestion apparente. La substance corticale est nettement dégénérée. La capsule se détache bien des deux côtés, découvrant une surface lisse.

Le péritoine ne présente ni épanchement, ni lésion inflammatoire : sur la face péritonéale de l'intestin grêle, on aperçoit des plaques brunes à périphérie vasculaire très apparente, occupant le bord libre et présentant l'aspect habituel à la plaque péritonéale des ulcérations tuberculeuses; sur quelques-unes, surtout au voisinage de la portion péritonéale de l'intestin grêle, on aperçoit quelques granulations fines, semi-transparentes ou blanches qui paraissent être des tubercules. Nulle part d'exsudat fibrineux.

Après ouverture de l'intestin, on constate de nombreuses ulcérations siégeant dans le dernier mètre de l'intestin grêle. Les ganglions mésentériques sont tuméfiés, très nombreux, mais non ramollis, ne paraissant pas nettement caséux. Les ulcérations de

l'intestin augmentent de nombre à mesure qu'on s'approche de la valvule de Bauhin. Le fond du cæcum est occupé par de nombreuses ulcérations confluentes profondes : l'appendice iléo-cæcal présente à son extrémité une petite plaque à peine ulcérée. Les ulcérations du cæcum paraissent être manifestement tuberculeuses ; les bords sont tuméfiés, saillants, presque détachés par places.

Les ulcérations de l'intestin grêle sont profondes, à bords tuméfiés, le fond est lisse et presque détergé sur quelques-unes, mais sur la plupart il est tomenteux et irrégulier. La plupart des ulcérations ont leur grand axe transversal, quelques-unes nous paraissent presque complètement annulaires.

Tout en laissant une certaine hésitation sur la véritable nature de toutes les plaques, il ne paraît pas douteux que la plupart, *sinon toutes*, ne soient de nature tuberculeuse.

*Examen microscopique.* — Sur une coupe faite dans la partie caséeuse de poumon prélevée à l'autopsie, on rencontre quelques rares tubercules fibroïdes, dont aucun de constitution récente. La lésion prédominante est une infiltration broncho-pneumonique disposée en nodules péri-bronchiques ulcérés, *sans éléments tuberculeux*.

Dans la zone lobulaire, pneumonie catarrhale et légèrement fibrineuse, diffuse, *sans éléments tuberculeux*.

Le rein gauche présente des lésions de nécrose de coagulation, assez marquée des épithéliums, sans aucune autre altération appréciable.

A l'examen de plaques d'intestin, à fond lisse ou à fond bourgeonnant, *on ne trouve nulle part d'éléments tuberculeux* : les ulcérations sont profondes, à bords infiltrés de cellules embryonnaires. Elles ne présentent pas de caractère anormal, si ce n'est la forme en bouton de chemise, très caractérisée, de leur bord. L'ulcération entame, par places, la partie supérieure de la couche superficielle.

OBSERVATION XII

(1989 de la collection de M. Bard H 364.)

**Diagnostic :** *Fièvre typhoïde ou granulie ? Péritonite généralisée.*

**Autopsie :** *Ulcérations intestinales nombreuses et profondes, probablement typhiques : Péritonite purulente généralisée ; perforation ultime. Broncho-pneumonie disséminée. — Granulations de la base du lobe supérieur gauche.*

X..., âgée de quatorze ans, le 11 juin 1892, salle Sainte-Marie, lit n° 13, dans le service de M. le Dr Bard.

Père et mère vivants, et bien portants.

Un frère et une sœur ; celle-ci a eu la fièvre typhoïde depuis Pâques.

N'a jamais fait de maladie grave, a été soignée à Sainte-Croix pour une éruption du cuir chevelu ; elle y est entrée il y a un mois et en est sortie il y a huit jours. Quand elle est sortie, elle était déjà malade depuis une huitaine ; elle se sentait fatiguée, avait continuellement envie de vomir, n'avait plus d'appétit ; le ventre était légèrement ballonné, mais non douloureux, il y avait de la diarrhée, et les matières étaient noires comme du charbon dit-elle. On ne la fit voir ni à l'interne, ni à M. Augagneur. Dimanche suivant, 5 juin, elle sort de Sainte-Croix et rentre chez elle, elle était toujours fatiguée, mais ne se mit au lit que il y a huit jours.

La diarrhée a persisté jusqu'à hier ; mais les matières ne sont plus aussi noires : il n'y a eu ni *céphalée*, ni épistaxis ; quelques douleurs abdominales non localisées. Depuis le début de sa maladie, la malade a toujours toussé ; depuis quelques jours elle tousserait un peu moins, il y a eu un peu de dyspnée. L'expectoration est abondante et n'a jamais contenu de sang.

La langue est sèche, dure, couverte d'un enduit noirâtre et légèrement tremblotante ; les dents, les gencives sont couvertes d'un enduit fuligineux.

Le ventre est ballonné, tendu ; la palpation n'est pas douloureuse et on ne détermine pas de gargouillement dans la fosse iliaque.

Le foie paraît légèrement augmenté de volume.

La rate est actuellement perceptible à une palpation profonde ; l'épiderme de la paroi abdominale est écaillé, mais il ne paraît pas exister de véritable desquamation.

Aux poumons, la sonorité et la respiration sont partout normales ; mais dans toute l'étendue des deux poumons il existe de nombreux râles ronflants et sibilants mêlés à quelques râles muqueux.

Rien au cœur.

*Urines.* Un peu d'albumine.

13 juin. — La malade est très pâle et présente une cyanose blanche manifeste, et de la cyanose des ongles assez marquée.

La langue est couverte d'un enduit saburral, la peau est très sèche, écailleuse, surtout à l'abdomen.

Il n'existe nulle part d'œdème, mais l'aspect de la face et des membres est bouffi. L'abdomen est distendu, il est sonore dans toute son étendue, sauf toutefois dans les portions déclives, où il présente un peu de matité, dans le décubitus latéral prolongé. La consistance de l'abdomen est uniforme.

Les anses intestinales ne se dessinent pas : Le foie est de petit volume, mais la rate est très augmentée ; et la matité se perçoit jusqu'au voisinage des fausses côtes. Pas de taches rosées, pas de gargouillement dans la fosse iliaque. La malade tousse, mais il n'y a pas d'expectoration ; la sonorité est diminuée dans la fosse sus-épineuse gauche, et dans la moitié inférieure du poumon droit. A l'auscultation il existe des râles humides assez nombreux ; mais les sibilances prédominent aux deux sommets, surtout à droite.

14 juin. — La malade a pris depuis hier des bains de 25 degrés, de cinq minutes. Ils ont été continués sans interruption et la température s'est beaucoup abaissée. On a maintenu en même temps la glace en permanence sur la tête et sur l'abdomen.

La malade n'a eu qu'une selle depuis hier, non diarrhéique. Son état s'est beaucoup amélioré, la pâleur cyanique et la cyanose des ongles a diminué. La langue tend à se dépouiller. L'abdomen est moins distendu et un peu plus souple; il n'est pas douloureux à la pression. Pas de gargouillements, pas de taches rosées.

Les phénomènes thoraciques se sont nettement modifiés. La toux persiste, mais la sonorité est redevenue normale dans toute l'étendue des deux poumons, plutôt exagérée.

Les sibilances et les râles humides persistent et prédominent nettement sous la clavicule, où ils prennent un timbre pseudo-cavitaire.

17 juin. — L'état général continue à s'améliorer, la teinte pâle a fait place à un teint plus rose; l'appétit s'est réveillé, la langue est dépouillée.

L'abdomen est toujours météorisé; il existe du gargouillement de la fosse iliaque, la peau est sèche, la toux persiste.

24 juin. — La malade est ce matin dans un état très grave, la face est amaigrie, excavée: la peau est très sèche. L'abdomen n'est pas très distendu, mais il est très douloureux à la pression. Pas de vomissements, pas de délire.

A l'auscultation, on constate des râles nombreux aux deux bases. La sœur raconte que la malade a mangé une brioche il y a deux jours et que l'aggravation date de peu de temps après.

Mort dans la journée.

Le diagnostic était resté en suspens pendant tout le séjour de la malade; à la première visite, la péritonite manifeste, l'étendue des phénomènes thoraciques, l'absence de taches rosées, avait fait porter le diagnostic de granulie probable: les bains furent prescrits néanmoins, à cause de l'incertitude du diagnostic. L'amélioration manifeste produite par les premiers bains avait ramené le diagnostic probable à celui de fièvre typhoïde; le retour des phénomènes péritonéaux intenses avait de nouveau fait incliner à la tuberculose.

*Autopsie*, 25 juin. — L'autopsie macroscopique laisse elle-même quelques doutes dans l'esprit tout en rendant la fièvre typhoïde plus probable. Les plèvres ne contiennent pas d'épan-

chement, les deux poumons (d. 285 — g. 310) contiennent quelques ilots d'atélectasie séparés par des zones d'emphysème, sans constater des foyers de pneumonie lobulaire. Pas de tubercules anciens : intégrité des sommets. A la base du lobe supérieur gauche existent quelques granulations disséminées qui paraissent être des granulations grises demi-transparentes. On en prélève un groupe pour l'examen histologique.

En dehors de ce point, pas de granulations tuberculeuses vraies, tout au plus remarque-t-on une série de points un peu grisâtres qui peuvent être les coupes des espaces connectifs un peu tuméfiés.

Pas de ganglions dans le mésentère.

Le cœur (200) est normal.

L'abdomen contient une petite quantité d'exsudat purulent verdâtre, assez abondant dans le petit bassin, à peine infiltré entre les anses intestinales.

La surface du péritoine est brillante, dépolie, finement granuleuse, sans qu'il paraisse s'agir d'une éruption tuberculeuse.

Dans le petit bassin et à son voisinage il existe sur certains points de fausses membranes fibrino-purulentes.

La rate est volumineuse (240) sans autres lésions.

Les reins un peu pâles (d. 115 — g. 120).

Sur la dernière portion de l'intestin grêle, on remarque un certain nombre de plaques rouges vascularisées couvertes de fausses membranes fibrino-purulentes qui correspondent à une ulcération de la face muqueuse. De plus on découvre une petite perforation de 2 ou 3 millimètres de diamètre, située au centre de l'ulcération de la muqueuse, mais au niveau de laquelle n'existe en dehors aucune plaque péritonéale notable.

Après l'ouverture de l'intestin, on constate un grand nombre d'ulcérations disséminées dans la dernière portion de l'intestin grêle, augmentant de nombre à mesure que l'on se rapproche de la valvule de Bauhin, très confluentes sur cette valvule, et s'arrêtant nettement au niveau de son bord libre sans empiéter sur sa face caecale. Le gros intestin est normal.

Les ulcérations sont profondes, beaucoup présentent à leur centre un fond transparent qui éveille l'idée d'une perforation

imminente; les bords sont affaissés. Le fond de la plupart est détergé; le mode de distribution et l'aspect général est absolument celui des ulcérations typhiques.

Cependant beaucoup des ulcérations sont nettement transversales elles sont boursoufflées, œdémateuses. Pas d'ulcérations franches; quelques-unes, peu nombreuses il est vrai, présentent sur leurs bords des granulations qui pourraient être tuberculeuses. Il est manifeste que la péritonite a été le fait de l'extension au péritoine des lésions inflammatoires et qu'elle a précédé la perforation

Elle a pu être provoquée par l'écart de régime de la malade.

*Examen microscopique.* — La coupe des granulations pulmonaires montre des nodules constitués par un foyer d'infiltration embryonnaire compacte, à tendance pyogène, développé dans les parois des bronchioles et autour de leur lumière. Dans ces nodules péribronchiques, tantôt tous les éléments de la bronche sont modifiés et méconnaissables, tantôt on reconnaît sa lumière, oblitérée par un bouchon embryonnaire.

Sur trois fragments pris dans les plaques ulcérées de l'intestin, dont un appartient à la valvule de Bauhin, *on ne trouve nulle part de cellules géantes, ni de zones caséeuses.* L'infiltration embryonnaire dense n'arrive pas au contact immédiat de la musculature, mais une infiltration diffuse pénètre dessous cette dernière dans toute son étendue; elle redevient plus dense dans la tunique sous-péritonéale, et celle-ci est tapissée à la surface par une couche purulente.

Ayant exposé les faits, nous nous garderons d'aucune conclusion; la question est trop ardue pour pouvoir être jugée sur un petit nombre de cas. Il n'en ressort pas moins que la difficulté pratique d'interprétation, en pareille circonstance, est susceptible d'induire en erreur un excellent observateur jusques et y compris l'examen nécroscopique, puisqu'il peut arriver que le microscope soit seul capable de juger en dernier ressort.

Par là se trouvent justifiées, et au delà, les réserves faites à ce sujet par MM. Sarda et Villard : « Quant aux caractères cliniques qui permettent d'affirmer cette combinaison, nous pensons qu'il ne saurait en pareil cas, en dehors de la recherche des deux bacilles, du vivant du malade, exister de règles certaines de diagnostic... Les symptômes varient suivant la prédominance de l'une ou l'autre infection... C'est au tact médical et au savoir clinique, de distinguer les éléments de l'une et l'autre affection. »

Or, si la constatation des deux bacilles est le seul signe certain de la combinaison morbide, il faut convenir qu'elle renferme trop d'incertitudes pour suffire, à elle seule, à l'affirmation, ou encore moins, au rejet du diagnostic. En outre, la fièvre typhoïde, avec broncho-pneumonie non spécifique, peut exister *chez des tuberculeux*, et rendre cette ressource illusoire. L'intérêt de la question devient du reste, à cet endroit, plutôt théorique, étant données l'impuissance de la thérapeutique, la rareté et la gravité extrême du cas, gravité qui n'est pas à démontrer et vient à l'appui de l'idée générale précédemment énoncée : que la tuberculose est d'autant plus redoutable qu'elle est plus subintrante.

Nous laissons donc la question de diagnostic, qu'il ne nous appartient pas de résoudre, et préférons nous arrêter un instant, en terminant, sur une catégorie de faits à laquelle nous faisons allusion dans le chapitre précédent, qui ne se rattachent que secondairement au sujet de l'association morbide, mais qui sont d'un ordre plus pratique, et sur lesquels nos observations X et XI jettent, croyons-nous, une certaine lumière au point de vue de l'interprétation.

Il s'agit de cas où des complications pulmonaires survenues au cours d'une dothiéntérie, jugées tuberculeuses de par leurs signes physiques, ont présenté une évolution bénigne, et finalement guéri, sans laisser de traces, contre toutes prévisions. Ch. la Saigne, dans une étude précédemment citée, rapporte deux cas de ce genre : l'un de ses malades, bien typique, qui fait l'objet de son observation XXIII, avait présenté des symptômes de pneumonie, de péritonite, puis de tuberculisation au troisième degré, avec signes cavitaires, épanchement pleurétique, etc., et guérit de tous ses accidents, y compris la phtisie.

Depuis, une étude de P. Fouriaux *Sur la bronchite du sommet dans la dothiéntérie*, contient de nouveaux cas : l'un avait même présenté des crachats sanglants : il est vrai d'ajouter que l'examen bactériologique avait été négatif; mais cette preuve n'entraîne pas une conviction absolue, lorsqu'elle vient en contradiction avec les grands signes cliniques.

Sur ce chemin, les difficultés, on le voit, sont accumulées comme à plaisir, et, loin de les résoudre, les cas que nous avons présentés semblent vouloir, dans un certain sens, les aggraver encore. Ils nous montrent, en effet, que, au cours de la fièvre typhoïde, le syndrome clinique de la tuberculose peut se présenter au grand complet, aller jusqu'à simuler une phtisie ulcéreuse rapide et, jusqu'à l'examen nécropsique, en imposer encore pour ces dernières lésions.

Dès lors qui osera, pendant la vie, avancer une affirmation, si le malade vient à guérir? puisque même la

vérification macroscopique n'autorise pas, dans certains cas, la certitude.

Nous avons donc toutes raisons de penser qu'une complication pulmonaire bénigne, chez un typhique, indemne de tuberculose antérieure, n'est que très exceptionnellement spécifique : que, même en présence de bacilles dans les crachats, il faut être très réservé sur l'interprétation de pareils cas, ce dernier signe n'étant nullement décisif.

Pour nous, à la fin de cette étude, au cours de laquelle nous avons dû collationner un certain nombre de cas, d'origines diverses, nous n'avons aucune tendance à l'illusion grossissante qui résulte souvent de l'observation de faits d'ordre exceptionnel. Bien plutôt, serons-nous constamment en garde contre les écueils cliniques que nous avons essayé de signaler, lents à conclure à la tuberculose lorsqu'un typhique viendra nous en présenter les signes, plus circonspect encore et même tout à fait réservé dans nos affirmations, si, quelque jour, l'hypothèse de l'association infectieuse bacillaire et typhique vient se dresser devant nous.

## CONCLUSIONS

---

I. La fréquence absolue de la tuberculose pulmonaire et de la fièvre typhoïde, prises séparément, a pour conséquence leur production fréquente chez les mêmes sujets. Tantôt, et c'est le cas le plus habituel, la fièvre typhoïde survient chez un sujet manifestement tuberculeux, tantôt la tuberculose paraît éclater dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Enfin, les deux affections peuvent évoluer simultanément dans des cas fort rares.

Les rapport et l'influence réciproque des deux maladies varient suivant ces diverses conditions.

II. Lorsque la fièvre typhoïde survient chez un tuberculeux, son évolution ne paraît pas en être modifiée, d'une façon générale : cependant, il est possible que ces malades soient plus exposés aux complications broncho-pneumoniques.

La tuberculose, au contraire, est généralement aggravée dans son évolution ultérieure ; lorsque les lésions spécifiques étaient précédemment en activité de progression, le plus souvent l'aggravation est rapide ; par contre, la fièvre typhoïde n'exerce aucune influence apparente sur des lésions déjà scléreuses et cicatricielles.

III. Lorsque la tuberculose survient dans la convalescence de la dothiéntérie, elle présente généralement une marche rapidement grave. D'ordinaire, elle apparaît avant la défervescence définitive, et succède ainsi, sans intervalle apyrétique, à la fièvre typhoïde elle-même. Il est impossible toutefois, en clinique, de séparer ces cas de ceux dans lesquels une tuberculose récente et latente aurait préexisté.

IV. L'évolution parallèle des deux affections paraît fort rare; elle est, de plus, presque impossible à diagnostiquer avec certitude, parce que les complications broncho-pulmonaires non spécifiques peuvent en imposer pour une tuberculose concomitante, même à l'autopsie. La recherche du bacille elle-même ne peut pas lever tous les doutes, car la fièvre typhoïde avec broncho-pneumonie simple peut être observée chez des tuberculeux.

Il est aussi permis de supposer que les complications intestinales de la granulie pourraient simuler la fièvre typhoïde et faire croire à une évolution parallèle; mais nous n'avons observé aucun exemple de cette cause d'erreur.

*Vu, bon à imprimer :*

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

SOULIER.

*Vu, bon et permis d'imprimer*

LE RECTEUR,

E CHARLES.

*Vu, bon à imprimer*

LE DOYEN,

LORTET.

---

Lyon. — Imp. PITRAT Aîné, **A. Rey** Successeur, 4, rue Gentil. — 8841

---





